

## FORMULARZ OFERTOWY

**Konkurs na udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych, w tym dyżurów medycznych przez lekarza oraz na kierowanie i zarządzanie pracą Oddziału Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Diabetologicznym w Szpitalu SP ZOZ MSWiA w Lublinie**

### I. Informacje ogólne

<b>1. Dane Oferenta</b>	
Imię	
Nazwisko:	
Pesel	
Nr prawa wykonywania zawodu	
Specjalizacja w zakresie	
Staż pracy w zawodzie	
Dodatkowe kwalifikacje	
<b>2. Dane dotyczące prowadzonej działalności gospodarczej</b>	
Nazwa Oferenta (według wpisu do właściwego rejestru)	
Adres siedziby prowadzonej działalności	
Forma prowadzonej działalności	
Nr księgi rejestrowej	
NIP	
Regon	

3. Dane kontaktowe	
Adres zamieszkania	
Adres do korespondencji	
Nr telefonu	
Email	

## II. Oferowana cena:

1) Za każdą godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych.

..... zł brutto

(słownie:.....)

2) Za kierowanie i zarządzanie pracą Oddziału Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Diabetologicznym na stanowisku lekarza Kierującego Oddziałem w wysokości .....

..... zł brutto za jeden miesiąc.  
(słownie:.....).

## III. Oświadczenia Oferenta

- Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia, „Szczegółowymi Materiałami Informacyjnymi do Konkursu Ofert”.
- Oświadczam, że zapoznałem/łam się z Regulaminem Konkursu Ofert i projektem umowy i nie wnoszę do niej zastrzeżeń. Zobowiązuję się do jej podpisania na zaoferowanych warunkach w miejscu i czasie określonym przez Udzielającego zamówienia.
- Oświadczam, że zapoznałem/łam się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych uczestników Konkursu Ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych stanowiącą Załącznik Nr 4 do SZMI.
- Oświadczam, że posiadam ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie oferowanych świadczeń zdrowotnych.
- Oświadczam, że uzyskałem/łam wpis do Centralnej Ewidencji o Działalności Gospodarczej.
- Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w sposób ciągły, zabezpieczający niezakłóconą pracę zgodnie z potrzebami Udzielającego zamówienia w dniach i godzinach ustalonych w harmonogramie udzielania świadczeń.
- Oświadczam, iż będę związany ofertą przez 30 dni od daty zakończenia terminu składania ofert.
- Oświadczam, że dostarczę zaświadczenie o zdolności do udzielania świadczeń zdrowotnych wydane przez Poradnię Badań Profilaktycznych, najpóźniej w dniu zawarcia umowy\*.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęć, podpis Oferenta)

#### IV. Załączniki

1. Do oferty załączam następujące dokumenty:

1. Aktualne odpis z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej;
2. Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą\*/ Wypis z księgi rejestrowej,
3. Kserokopię prawa wykonywania zawodu, które nie uległo zawieszeniu oraz nie zostało ograniczone w zakresie wykonywania określonych czynności medycznych;
4. Kserokopię dyplomu lekarza;
5. Kserokopię dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe, w tym specjalizacje, kursy specjalistyczne i kwalifikacyjne, posiadany stopień/tytuł naukowy i inne świadectwa umiejętności ( wskazać jakie):

1) .....

2) .....

6. Kserokopię umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej;
7. Zaświadczenie lekarskie o zdolności do wykonywania świadczeń zdrowotnych wydane przez Poradnię Badań Profilaktycznych lub oświadczenie o dostarczeniu należy przedłożyć najpóźniej w dniu zawarcia umowy;
8. Podpisaną i uzupełnioną Klauzulę informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych kandydatów na stanowisko objęte postępowaniem konkursowym stanowiąca Załącznik Nr 4.
9. ....  
.....(inne dokumenty-wskazać jakie)

*\* jeżeli dane ujęte w księdze ulegną zmianie w trakcie obowiązywania umowy Oferent zobowiązany jest do niezwłocznego dostarczenia jej wydruku po aktualizacji danych przez Okręgową Izbę Lekarską,*

W przypadku przedłożenia kopii dokumentów Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo zażądania do wglądu oryginału tych dokumentów.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(pieczętka, podpis Oferenta)